

様式1



障害者委託訓練(在職者訓練コース<知識・技能習得コース>)受講申込者
(身体障害・精神障害・発達障害・高次脳機能障害・難病等のある方)

受付番号
*

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練)を受講したいので下記により申し込みます。
 千葉県立障害者テクノスクール校長 様

希望する 訓練施設	講座番号()						
(ふりがな) 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生 (歳)		
現住所	(〒 -) 電話: 携帯: FAX:						
緊急連絡先(続柄等)	() [電話] () ※御本人以外の連絡先を御記入ください。 [携帯] ()						
登録支援機関 ・利用施設等	[電話] ()						
最終学歴	在学期間		学 校 名				
	昭・平・令 年 月 ~ 年 月						<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
現在の勤務先	会社等の名称			入社年月日		職務内容	
				年 月 日			
	住所				電話	()	
	担当者	[役職]			[氏名]		
取得資格等							
障害者 手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	年 月 日交付			障害の級別	
							級
障害区分	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> 難病			障害名			
使用補 装具等	杖、車椅子、義手、義足、そ の他、使用している補装具 等			服薬等		※裏面の記載欄に、具体的 に御記入ください。	
公共職業訓練 の受講歴	有 無	訓練の名称・ コース・訓練 機関等			受講 期間	昭・平・令 年 月 日 から 年 月 日 まで	

【注意】1: □のある欄は、□にレ印を御記入ください。 【注意】2: * 欄は、記入する必要はありません。

R6.6

※ここに記載されたあなたの個人情報をも、訓練支援以外に使用することはありません。
 ※訓練支援のため、申込書、障害者手帳の写し(手帳がないときは、公的機関等による判定書や
 診断書、主治医の意見書等の写し)を委託先に提供することについて御了承ください。(訓練終了
 後に廃棄処理します。)

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

【在職者訓練コース<知識・技能習得>】

（身体障害・精神障害・発達障害・高次脳機能障害・難病等のある方）

志望の理由・目的

（なぜこの講座を志望したのか・受講する内容をどのような職務で活用したいのか 等）

--

希望する訓練内容等

（「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」「職種転換を希望する場合はその職種」 等）

--

希望する期間・時間等

希望する訓練期間	1か月程度 ・ 2か月程度 ・ 3か月程度
希望訓練時期	()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬 ～ ()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬
希望訓練時間	時 分頃 ～ 時 分頃 ()時間程度/日

通院・服薬など

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	月 ・ 週	回程度/()曜日
-------	---------	------	-------	-----------

薬の名称	
(朝・昼・夕・就前)	(朝・昼・夕・就前)
(朝・昼・夕・就前)	(朝・昼・夕・就前)

受講上の留意点

（受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例：通院のため火曜日は訓練を休日にしてほしい等）

--

* 千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄	(受 理 年 月 日)	
--------------------------------	---------------	--

様式1

しょうがいしゃいたくくんれん ざいしょくしゃくんれん ちしき・ぎのうしゅうとく じゅこうもうしこみしょ
障害者委託訓練(在職者訓練コース<知識・技能習得コース>)受講申込書



うけつけばんごう 受付番号
*

ちばけん じっし しょうがいしゃいたくくんれん ざいしょくしゃくんれん じゅこう
 千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練)を受講したいので下記により申し込みます。

ちばけんりつしょうがいしゃてくのすくーるこうちよう さま
 千葉県立障害者テクノスクール校長 様

きぼう 希望する くんれんしせつ 訓練施設	こうざばんごう 講座番号()				
(ふりがな)	せいべつ 性別		せいねんがっぴ 生年月日		
しめい 氏名	おとこ おんな 男・女	ねん 年	がっ 月	にち 日	(さい 歳)
じゅうしょ 住所	〒			でんわばんごう 電話番号	
きんきゆうれんらくさき 緊急連絡先 (続柄等)	きんきゆうれんらくさき 緊急連絡用電話番号				
とうろくしえんきかん 登録支援機関 ・利用施設	※御本人以外の連絡先を御記入ください。				
さいしゅうがくれき 最終学歴	ざいがくきかん 在学期間		がっこうめい 学校名		
	しょうわ へいせい れいわ 昭和・平成・令和	しょうわ へいせい れいわ 昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> そつぎょう 卒業 <input type="checkbox"/> ちゅうたい 中退		
げんざい きんむさき 現在の勤務先	かいしゃとうのめいしやう 会社等の名称		にゅうしやねんがっぴ 入社年月日		しごとないよう 仕事内容
			ねん がっ 日 年 月 日		
	じゅうしょ 住所		でんわ 電話		
	たんとうしや 担当者	やくしやく [役職]	しめい [氏名]		
しゅとくしかく 取得資格など					
しょうがいしやてちやう 障害者手帳	あり しんせいちやう 申請中	と どう ふ 都・道・府 () けん し 県・市	しょうわ へいせい れいわ 昭和・平成・令和 ねん がっ 日 年 月 日交付	しょうがい 障害の きゆうべつ 級別	
しょうほそうぐとう 使用補装具等			ふくやくとう 服薬等	※裏面の記載欄に、具体的に御記入ください。	
いま じゅこう 今までに受講した こうきやうしやくぎやうくんれん 公共職業訓練	あり なし	くんれん なまえ 訓練の名前 こうしやう ばしやう コース・場所	じゅこう 受講 きかん 期間	しょうへいれい 昭・平・令 ねん がっ 日 年 月 日	しょうへいれい 昭・平・令 ねん がっ 日 年 月 日まで

【注意】1: □のある欄は、□にレ印を御記入ください。 【注意】2: * 欄は、記入する必要はありません。

※ここに記載されたあなたの個人情報や、訓練支援以外に使用することはありません。
 ※訓練支援のため、申込書、障害者手帳の写し(手帳がないときは、公的機関等による判定書や診断書、主治医の意見書等の写し)を委託先に提供することについて御了承ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

【在職者訓練コース<知識・技能習得コース>】

志望の理由・目的

（なぜこの訓練を志望したのか・受講する内容をどのような職務で活用したいのか等）

--

希望する訓練内容等

（「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」「職種転換を希望する場合はその職種」等）

--

希望する期間・時間等

希望する訓練期間

1か月程度 ・ 2か月程度 ・ 3か月程度

希望訓練時期

()月 (初・中・下)旬 ~ ()月 (初・中・下)旬

希望訓練時間

時 分頃 ~ 時 分頃 ()時間程度/日

通院・服薬など

通院の状況

なし・あり

通院頻度

つき・週

かいていど 回数/ ()曜日

薬の名称

(朝・昼・夕・就前)

(朝・昼・夕・就前)

(朝・昼・夕・就前)

(朝・昼・夕・就前)

受講上の留意点

（受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例：通院のため火曜日は訓練を休日にしてほしい等）

--

*
千葉県立障害者
テクノスクール
記載欄

（受理年月日）

--	--	--

障害者委託訓練(在職者訓練コース<e-ラーニング>)受講申込書

受付番号 *

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練)を受講したいので下記により申し込みます。

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

(ふりがな) 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -) [電話 日中連絡のつく連絡先 () [FAX ()]				
E-Mail					
登録支援機 関・利用施設	[TEL ()] [FAX ()]				
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校(中等教育学校前期課程) <input type="checkbox"/> 高校(中等教育学校) <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 盲学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 聾学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 養護学校又は特別支援学校(中学部・高等部) <input type="checkbox"/> その他()				
現在の所属	会社等の名称		入社年月日		職務内容
			年 月 日		
	住所				電話
パソコン 使用環境	[使用パソコン] メーカー名:() 機種名:() [使用OSソフト] () [お持ちのソフト] Microsoft Word (バージョン名) Microsoft Excel (バージョン名) Internet Explorer (バージョン名) ホームページ作成ソフト (ソフト・バージョン名) その他 (ソフト・バージョン名)				
資格等					
志望理由	裏面の記載欄に、具体的に記入してください。				
障害者 手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	年 月 日交付		障害の級別
				級	
障害名			障害区分 (身体障害者の方は ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚	
服薬等					

【注意】1 □のある欄は、□にレ印を記入してください。

【注意】2 * 欄は、記入する必要はありません。

※ここに記載されたあなたの個人情報を、訓練支援以外に使用することはありません。
 ※訓練支援のため、申込書、障害者手帳の写し(手帳がないときは、公的機関等による判定書や診断書、主治医の意見書等の写し)を委託先に提供することについて御了承ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

【在職者訓練コース<e-ラーニング>】

志望の理由・目的

（なぜこの講座を志望したのか・受講する内容をどのような職務で活用したいのか 等）

--

希望する訓練内容等

（「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」「職種転換を希望する場合はその職種」等）

--

希望する期間・時間等

希望する訓練期間	1か月程度 ・ 2か月程度 ・ 3か月程度
希望訓練時期	()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬 ～ ()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬
希望訓練時間	時 分頃 ～ 時 分頃 ()時間程度/日

通院・服薬など

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	月 ・ 週	回程度/(曜日)
-------	---------	------	-------	-------	-----

薬の名称	
(朝・昼・夕・就前)	(朝・昼・夕・就前)
(朝・昼・夕・就前)	(朝・昼・夕・就前)

受講上の留意点

（受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例：通院のため火曜日は訓練を休日にしてほしい等）

--

*	(受 理 年 月 日)	
千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄		